FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE LIMBOUR

Né le 30 Juin 1898, à Le Faouët (Morbihan)

L'Avenir des Pleurétiques

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1926

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N....
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N....
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LŒPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A ma Sœur

A mes Frères

A mon Oncle

Meis et amicis

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Aux Professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes

A mon Maître M. BRELET,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux

A mon Président de thèse
M. le Professeur SERGENT,
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Charité

INTRODUCTION

La pleurésie séro-fibrineuse est une affection médicale très commune. Nous avons été frappé de sa fréquence au cours de nos différents stages dans les hôpitaux. Notre intérêt s'est porté sur l'évolution de cette affection et nous avons songé à contribuer, par ce modeste travail, à l'étude de l'avenir des pleurétiques. Notre maître, M. Brelet — à qui nous avons manifesté notre désir — a bien voulu nous accueillir et nous promettre son aide; nous sommes heureux de l'assurer de notre profond respect et de lui témoigner notre gratitude pour son extrême bienveillance et ses précieux conseils.

Voici comment nous entendons notre sujet :

Dans un premier chapitre, nous établissons la nature de la pleurésie séro-fibrineuse primitive, à l'aide de preuves histopathologiques, expérimentales, bactérioscopiques; puis nous envisageons le pronostic suivant la marche de la maladie.

Quatre éventualités sont possibles : les anciens pleurétiques guérissent avec ou sans séquelles, ils font d'autres localisations bacillaires ou deviennent tuberculeux pulmonaires.

Les chapitres suivants renferment les observations d'anciens pleurétiques, groupées dans ces quatre catégories nettement définies, ainsi que des statistiques pouvant servir d'éléments de comparaison.

Les indications tirées de ces diverses statistiques font l'objet de notre sixième chapitre : elles prouvent que chaque cas particulier demande une étude approfondie et que le médecin doit être prudent quand il s'agit de donner son opinion à propos d'un mariage ou d'une assurance sur la vie ou de statuer sur le sort de jeunes gens au conseil de revision ou d'anciens pleurétiques au centre de réforme.

Que Monsieur le Professeur Sergent, qui nous fait l'honneur d'être notre président de thèse, daigne croire à notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

La nature de la pleurésie séro-fibrineuse primitive a été longtemps méconnue. Hippocrate, cœlius Aurelianus, Arétée, déclarent qu'on rencontre la pleurésie particulièrement en hiver et chez les gens exposés au refroidissement. Boerhave écrit qu'elle règne surtout dans cette saison de l'année qui, « biaisant entre le printemps et l'été », est comme le nœud qui les unit l'un à l'autre, et qu'elle atteint de préférence les paysans et les portefaix, « ces gens-là ayant la pernicieuse habitude, au sortir d'un travail qui les a mis tout en feu, de se reposer en cet état à l'air frais qu'ils trouvent délicieux ». Grisolle considérait la pleurésie comme une maladie aiguë succédant à une impression de froid.

Jaccoud l'attribuait « soit à un traumatisme, soit le plus souvent à l'impression de froid ou l'ingestion de boissons froides quand le corps est en sueur ».

Cependant quelques auteurs avaient entrevu le rôle de la tuberculose dans la genèse des pleurésies franches. Trousseau enseignait que les pleurésies latentes sont souvent tuberculeuses; Joanny opinait dans le même sens.

N'empêche que, en 1880, Fernet et d'Heilly décrivaient encore la pleurésie comme une maladie, puisqu'ils distinguaient la pleurésie aiguë primitive des pleurésies aiguës secondaires.

La preuve en est qu'en 1888, V. Widal père, dans un article consacré à la pleurésie, décrivait la pleurésie séro-fibrineuse-primitive, comme un des types cliniques les plus fréquents et les plus importants de la phlegmasie pleurale; la pleurésie tuberculeuse, au chapitre des pleurésies secondaires « dont elle n'est qu'une variété ».

C'est à Landouzy que revient le mérite d'avoir, dans une série de travaux, soutenu cette thèse, indiscutée aujourd'hui, « que tout individu ne pouvant fournir de son épanchement aigu, ni une infection, ni une dyscrasie, et ne trouvant à invoquer qu'un refroidissement, cet individu est un tuberculeux, apparut-il vigoureux, jeune, gros et gras, se déclara-t-il bien portant et indemne d'antécédents phymateux aussi bien personnels qu'héréditaires ».

Son opinion souleva de nombreuses polémiques; mais elle a prévalu, car elle était basée sur des observations cliniques et anatomo-pathologiques. A l'heure actuelle, grâce à la ponction exploratrice, nous avons en plus des preuves bactériologiques qui mettent fin à toute discussion.

Les preuves cliniques seront exposées dans les chapitres suivants. Les preuves histopathologiques étaient et sont encore assez rares parce que les pleurétiques à frigore guérissent souvent et que les autopsies sont rares. Cependant

Kelsch et Vaillard, étudiant au point de vue histologique 16 cas de pleurésie primitive, concluent que la pleurésie vulgaire primitive « n'est en réalité qu'une manifestation tuberculeuse locale de la plèvre ».

Péron arrive aux mêmes résultats; il donne un complément de démonstration par des recherches expérimentales qui lui permettent, par inoculation du bacille de Koch dans la cavité pleurale du chien, de reproduire les diverses modalités de pleurésies tuberculeuses.

Les preuves bactériologiques, postérieures aux premiers travaux de Landouzy, ne firent que confirmer son opinion. L'inoculation du liquide au cobaye, préconisée dès 1884 par Chauffard et Gombault, montra la fréquence de la tuberculose chez les cobayes inoculés avec le liquide pleural. Netter, inoculant, au moyen d'une pipette, un centimètre cube de ce liquide avec le caillot, trouva que les cobayes devenaient tuberculeux dans la proportion d'un tiers.

De très nombreux travaux consécutifs, en perfectionnant la technique, apportèrent sur ce point des résultats positifs de plus en plus nombreux.

L'inoculation du caillot qui, en se rétractant, enferme dans ses mailles un grand nombre de bacilles existant dans le liquide, donne déjà des résultats plus constants que l'inoculation du liquide (Jousset). La culture du bacille tuberculeux, en partant du liquide pleural, mit plus de temps à fixer la question. Bezançon et Griffon, par l'emploi de sang gélosé glycériné, ou du jaune d'œuf gélosé glycériné, obtinrent les premiers résultats démonstratifs.

A l'heure actuelle, l'ensemencement du liquide sur pomme de terre glycérinée, suivant le procédé récent de Vetter (d'Amsterdam), donne neuf fois sur dix un résultat positif d'une valeur indiscutable.

A ces arguments s'ajoutent des démonstrations fournies par la tuberculine, le séro-diagnostic et l'étude cytologique.

La nature de la pleurésie séro-fibrineuse étant définie, se pose la question du pronostic : pronostic immédiat ou quoad vitam, visant l'affection; pronostic quoad futurum, visant l'avenir du pleurétique (Landouzy).

Quoad vitam, le pronostic est favorable si, à tous moments d'un épanchement séro-fibrineux, une prudence assidue veille à ce que d'aucune manière (déplacement, inhibition du cœur, formation de thrombose cardiaque, congestion du poumon du côté sain, tachycardie), l'épanchement ne soit la cause directe ou indirecte de troubles occasionnant la mort.

Quoad futurum, nous ne pouvons, selon l'expression de Landouzy, garder en matière de pronostic l'opinion sereine de nos pères qui n'envisageaient pas plus loin que l'épanchement. En tant que fonction de bacillose pleurale, l'épanchement le mieux guéri imprime une mauvaise note au casier sanitaire de l'ancien pleurétique — la valeur de son capital santé s'en trouve à tout jamais amoindrie. A bien comprendre les choses, dans tout pronostic de pleurésie il y a mieux à faire que de prévoir la destinée de l'épanchement; il faut, dans le présent et l'avenir, tirer l'horoscope du malade moins comme pleu-

rétique que comme tuberculeux; prédire son état de santé dans dix ans, dans vingt ans (Landouzy).

Nous relatons une série d'observations d'anciens pleurétiques examinés par notre maître, M. Brelet, au centre spécial de réforme de Nantes. Tous ces hommes jeunes ont eu une pleurésie séro-fibrineuse authentique du fait d'une thoracentèse ou d'une ponction exploratrice et ont été examinés de deux à dix ans après leur maladie.

M. Brelet a pu, pour chacun d'eux, ajouter à son examen clinique les résultats de l'analyse des crachats faite par M. le médecin major Grenier et ceux de l'examen radioscopique pratiqué par les médecins majors Moutet et Coïc et par le Docteur Dano.

CHAPITRE II

MALADES GUÉRIS SANS RELIQUATS

Notre premier groupe concerne des sujets qui sont et resteront sans doute en état d'allergie, comme on dit aujourd'hui. Les signes d'imprégnation bacillaire — anémie, tachycardie, instabilité du pouls, asthénie musculaire — ont totalement disparu.

Leur état général est excellent, bon poids, teint coloré.

La respiration s'entend aussi bien aux deux bases, la sonorité est la même. A l'examen radioscopique, chez la plupart, les séquelles ont complètement disparu; chez quelques-uns, il existe un sinus un peu moins profond, un diaphragme un peu moins mobile. Mais ces signes radioscopiques sont discrets, cliniquement il n'y a rien d'anormal; ces faits de légères séquelles radioscopiques constituent comme une sorte de transition entre les cas du premier groupe et ceux du second :

OBSERVATIONS

Observation I. — M. B..., né en 1882.

A vingt ans fait une pleurésie gauche avec épanchement. A 32 ans, part à la guerre, fait toute la campagne 1914-1918 dans l'infanterie. En juin 1922, est examiné pour une assurance sur la vie. Son état général est excellent, aucune séquelle de pleurésie.

Observation II. — R.... Pleurésie droite en 1919 : Epanchement ponctionné. Examiné en juin 1924, aucune séquelle.

Observation III. — B..., âgé de 22 ans. Fait une pleurésie gauche en 1920. Examiné en août 1922, aucune séquelle.

Observation IV. — C..., âgé de 22 ans. Pleurésie gauche en 1922, on fait une thoracentèse. Examiné en février 1923, pas de reliquats.

Observation V. — N..., âgé de 34 ans. En 1919, pleurésie droite, thoracentèse. En 1923, à l'examen, pas de séquelles.

Observation VI. — J..., 49 ans. Pleurésie gauche en 1914.

En avril 1923, rien à l'examen clinique ni à l'examen des crachats.

A la radioscopie, sinus gauche peu profond.

Observation VII. — Br.... Pleurésie gauche en 1916. Thoracentèse. En mai 1925 : pas de reliquats cliniques ; à la radioscopie : diaphragme gauche un peu moins mobile.

Observation VIII. — B. O.... 24 ans.

En 1919, pleurésie gauche, thoracentèse. Examiné en 1925, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, sinus gauche un peu opaque.

Observation IX. — Br..., 46 ans. Pleurésie gauche en 1916, thoracentèse.

En juillet 1925, pas de reliquats cliniques.

Observation X. — Hu..., 24 ans. Pleurésie gauche en 1922, ponction.

En août 1925, pas de reliquats.

Observation XI. — Es..., 23 ans. Pleurésie droite en 1921. Thoracentèse.

En avril 1925, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, sinus droit un peu bouché.

Observation XII. — Lo..., classe 1920. Pleurésie droite en 1922. Thoracentèse.

En août 1925, pas de reliquats.

Observation XIII. — Gu..., de la classe 1921. Pleurésie gauche en 1922.

En octobre 1925, rien d'anormal.

Observation XIV. — A..., 37 ans. Pleurésie droite en 1918.

En janvier 1926, pas de reliquats cliniques; à la radioscopie, le cul-de-sac droit ne s'ouvre pas à fond.

Observation XV. — Be..., 39 ans. Pleurésie droite en 1914.

En août 1923, pas de séquelles.

Observation XVI. — Bi..., 33 ans. Pleurésie gauche en 1917. Deux thoracentèses.

En octobre 1923, pas de reliquats.

Observation XVII. — Ma..., 31 ans. Pleurésie gauche en 1916.

En octobre 1923, à l'examen clinique, pas de reliquats; à la radioscopie, sinus gauche comblé; diaphragme un peu moins mobile à gauche.

Observation XVIII. — Dys..., classe 1913.

En 1916, pleurésie gauche, thoracentèse.

En novembre 1923, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, diaphragme gauche moins mobile.

Observation XIX. — M..., 22 ans.

Pleurésie droite en 1922, ponction exploratrice.

En décembre 1923, pas de reliquats cliniques appréciables.

Observation XX. — Gi..., classe 1906.
Pleurésie droite en 1918.
En décembre 1923, poumon droit normal.

Observation XXI. — Pl..., 22 ans.
Pleurésie gauche en 1922. Thoracentèse.
En janvier 1924, pas de séquelles.

Observation XXII. — H..., classe 1921. Pleurésie gauche en 1922. Thoracentèse. En avril 1924, cliniquement rien.
A la radioscopie, sinus gauche un peu opaque.

Observation XXIII. — M..., 24 ans. Pleurésie droite en 1921.
En avril 1924, pas de reliquats cliniques.
A la radioscopie, diaphragme un peu festonné à droite.

Observation XXIV. — C..., 35 ans.
Pleurésie gauche en 1915.
En avril 1924, pas de reliquats cliniques ni radioscopiques.

Observation XXV. — R..., classe 1899.
Pleurésie gauche en 1915, thoracentèse.
En mai 1924, pas de reliquats.

Observation XXVI. — R..., classe 1921.
En juillet 1924, pas de reliquats cliniques.

Observation XXVII. — Ch...., 28 ans.

En 1913, pleurésie gauche, plusieurs thoracentèses.

En juin 1924, pas de signes cliniques.

A la radioscopie, diaphragme un peu aplati à gauche.

Observation XXIX. — Bs..., 46 ans.

En 1918, pleurésie droite.

En septembre 1924, pas de reliquats.

Observation XXX. — Th..., 27 ans.

En septembre 1917, pleurésie gauche, deux thoracentèses.

En octobre 1924, pas de reliquats cliniques ni radioscopiques.

Observation XXXI. — N..., 25 ans.

Pleurésie droite en 1922, ponction exploratrice.

En octobre 1924, pas de reliquats.

Observation XXXII. — Ba..., Pleurésie gauche en 1916, thoracentèses.

En décembre 1924, pas de reliquats.

Observation XXXIII. — F..., 26 ans. Pleurésie gauche en 1919, thoracentèse.

En décembre 1924, cliniquement rien.

A la radioscopie, sinus gauche légèrement opaque.

Observation XXXIV. — Ge..., 25 ans. Pleurésie gauche en 1920. Ponction.

En février 1925, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, sinus gauche un peu moins profond.

Observation XXXV. — Co..., 44 ans. Pleurésie droite en 1914; ponction exploratrice.

En février 1925, pas de signes cliniques.

Aspect radioscopique normal.

Observation XXXVI. — H..., 24 ans. Pleurésie droite en 1922.

En mars 1925, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, sinus droit opaque, diaphragme droit moins mobile.

Observation XXXVII. — Pe..., classe 1922.

En 1923, pleurésie gauche, trois thoracentèses.

En mars 1925, aucun reliquat clinique.

A la radioscopie, sinus gauche un peu opaque.

Observation XXXVIII. — Mal..., 35 ans.

Pleurésie droite en 1916, thoracentèse.

En juillet 1923, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie convexité du diaphragme un peu diminuée à droite.

Examen des crachats négatif.

Observation XXXIX. — Buf..., 23 ans. Pleurésie droite en 1921, thoracentèse.

En juillet 1923, cliniquement rien d'anormal.

A la radioscopie, sinus droit un peu moins transparent.

Observation XXXX. — Th..., 23 ans. Pleurésie gauche en 1922, thoracentèse.

En juillet 1923, aucun reliquat.

Observation XXXXI. — C..., 24 ans. Pleurésie gauche en 1914, thoracentèse.

En juillet 1925, aucun reliquat.

Observation XXXXII. — E..., 46 ans. Pleurésie droite en 1924, thoracentèse.

En juillet 1925, aucun reliquat.

Observation XXXXIII. — Br... 28 ans.

Pleurésie gauche en 1916, deux thoracentèses.

En juillet 1923, aucun reliquat.

Observation XXXXIV. — So..., 22 ans.

Pleurésie droite en 1922; thoracentèse.

En juillet 1923, aucun reliquat.

Observation XXXXV. — Gr..., classe 1923.

En 1922, pleurésie gauche avant de partir au régiment.

Pris bon pour le service armé.

En mars 1925, pas de reliquats de pleurésie; forte tachycardie.

Observation XXXXVI. — Ch. 30 ans.

En 1918, pleurésie gauche; ponction exploratrice.

En avril 1925, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, sinus gauche un peu moins profond.

Observation XXXXVII. — Dr..., 26 ans.

En 1919, pleurésie droite. Thoracentèse.

En avril 1925, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, aspect normal.

Observation XXXXVIII. — Lo..., 24 ans.

Pleurésie gauche en 1922.

En avril 1925, pas de reliquats cliniques.

Observation XXXXIX. — Mo... Pleurésie gauche en 1911; thoracentèse.

A fait toute la guerre dans le service armé.

En avril 1925, aucune séquelle.

Observation L. — Jan., classe 1922.

Pleurésie gauche en 1924, ponction exploratrice.

En avril 1925, aucun reliquat.

Observation LI. — R..., 30 ans.

En 1916, pleurésie droite, thoracentèse.

En 1923, à l'examen clinique, rien.

A la radioscopie, le cul de sac droit ne s'ouvre pas très bien.

Observation LII. — R..., classe 1920.

En 1921, pleurésie gauche. Thoracentèse.

En juin 1923, aucun reliquat clinique, examen des crachats négatif.

A la radioscopie, léger voile du sommet gauche qui s'éclaire à la toux, sinus normal.

Observation LIII. — G..., 33 ans.

Pleurésie gauche en 1918.

En juin 1923, rien à l'examen clinique.

A la radioscopie, diaphragme diminué de mobilité à gauche.

Observation LIV. — Me..., classe 1916.

En 1916, pleurésie gauche; deux thoracentèses.

En juin 1923, pas de reliquats cliniques.

A la radioscopie, sinus gauche comblé à sa partie inférieure; sommet clair.

Observation LV. — T..., classe 1912.

Pleurésie droite en 1915.

En juin 1923, pas de reliquats à l'examen clinique. A la radioscopie, très léger voile des deux sommets qui s'éclairent à la toux; sinus droit un peu moins profond, diaphragme mobile.

Observation LVI. — Lh..., 24 ans.

Pleurésie gauche en 1920. Thoracentèse.

Pas de reliquats appréciables.

Observation LVII. — Go..., classe 1923. En 1923, pleurésie droite.

En avril 1926, pas de reliquats.

Observation LVIII. — B..., 22 ans.

En 1924, pleurésie droite; thoracentèse.

En avril 1926, pas de reliquats appréciables.

Observation LIX. — M. T..., né en 1886.

Bons antécédents héréditaires et personnels.

En 1917, pleurésie droite, thoracentèse.

Après deux mois de convalescence, il retourne au front.

En février 1925, aucun reliquat de pleurésie.

Voici donc 59 anciens pleurétiques bien guéris et dont

la plupart, très probablement, ne deviendront pas des tuberculeux pulmonaires; pour quelques-uns d'entre-eux, la pleurésie est de date assez récente et ils auront à subir l'épreuve du temps.

Ce sont des sujets qui vaquent à leurs occupations journalières; quand ils viennent au centre de réforme, ils se plaignent bien un peu de dyspnée d'effort et de quelques douleurs dans le côté, siège de l'épanchement pleural; mais vraiment leur invalidité est minime; pour ceux qui conservent encore quelques signes radioscopiques, on peut l'évaluer à 10 %.

CHAPITRE III

Dans notre deuxième groupe, nous sommes en présence de malades dont la pleurésie a guéri, mais avec des séquelles.

Leur état général reste bon; mais des signes persistent plusieurs années après leur pleurésie : douleurs thoraciques, dyspnée au moindre effort. L'examen clinique révèle à la palpation une diminution de vibrations; à la percussion une tonalité amoindrie, à l'auscultation un affaiblissement du murmure vésiculaire. Il existe chez quelques-uns une rétraction du thorax traduisant l'existence d'adhérences pleurales. L'anatomie pathologique nous permet de comprendre l'évolution des lésions pleurales, la radioscopie d'en apprécier le caractère, l'étendue, la topographie et la répercussion sur la fonction respiratoire.

La séreuse pleurale, dans sa lutte contre le bacille de Koch, se comporte de plusieurs façons :

Où la guérison survient : le liquide se résorbe, la fausse membrane fibrineuse disparait peu à peu, la néomembrane se décharge de tous éléments qui l'encombrent. Les nodules tuberculeux subissent la transformation fibreuse, le tissu

conjonctif néoformé se densifie, les adhérences fibrineuses se résorbent;

Ou les fausses membranes s'organisent, deviennent fibro-conjonctives, comblent les culs-de-sac, forment des cloisons entre les feuillets, constituent les adhérences et les symphyses plus ou moins denses;

Ou l'épanchement devient intarissable, c'est la pachypleurite;

Ou les lésions nodulaires peuvent persister à évoluer sous forme de pleurite nodulaire fibro-caséeuse, des tubercules fibro-caséeux se développant ou progressant au sein d'adhérences, de fausses membranes qui leur forment comme des loges.

Courcoux estime que la symphyse pleurale n'est qu'assez rarement une séquelle inactive de lésions pleurales, séquelle n'agissant que par la gêne mécanique qu'elle apporte au jeu costal et au fonctionnement des poumons. Beaucoup plus souvent, la symphyse est liée à des lésions bacillaires pleurales qui sont en activité et qui continuent d'évoluer.

Barbier, à ce sujet, s'exprime en ces termes :

« Une symphyse pleurale doit être tenue pour un foyer de bacillose en évolution susceptible de se réactiver; le foyer tuberculeux est susceptible de gagner en profondeur; d'ensemencer le poumon et de créer une corticalite caséeuse ».

Hinault dit que les néo-membranes aboutissent à un tissu purement scléreux ou à un tissu scléro caséeux avec granulations bacillaires.

Il nous semble bien qu'il peut y avoir des symphyses pleurales qui sont comme des cicatrices de guérison; nous allons citer quelques cas d'anciens pleurétiques examinés dix ans après leur pleurésie. Ils ont passé trois ou quatre fois devant des centres de réforme et n'ont jamais eu de bacilles dans les crachats; ils ont toujours une matité de la base, mais leur état général est bon. Nous ne croyons pas devoir les considérer comme ayant des lésions bacillaires en activité.

L'examen radioscopique est tout particulièrement intéressant et permet seul de suivre la régression des reliquats pleuraux ou de se rendre compte des séquelles. Il doit être pratiqué aux différents étages du thorax ainsi que Péhu et Daguet l'ont fait.

Ce qui attire d'abord l'attention, c'est l'état du plancher diaphragmatique.

Le diaphragme est plus élevé que normalement, il y a parfois des différences de niveau appréciables, quelquefois plusieurs centimètres. Les mouvements sont diminués d'amplitude; on note que, à côté de diaphragmes à peu près immobiles, quoique à contours nets, ce muscle peut parfois exécuter de véritables mouvements de charnière autour d'un point d'attache sur la paroi costale.

Ce déplacement (en charnière) est pathognomique d'adhérences jetées entre le muscle et la paroi, avec disparition corrélative d'un sinus pleural.

D'autres fois, on remarque l'existence d'un hémidiaphragme représenté par une ligne rigoureusement horizontale ou même oblique de haut en bas, de dehors en

dedans, de toute façon avec disparition complète d'un sinus.

Le tiers inférieur du poumon est peu transparent, surtout à sa partie externe, l'ombre grise semblant contourner la base même du poumon. On a devant les yeux une véritable figure en écharpe; qui, dans la position frontale, a la forme d'un triangle à base placée sur la paroi latérale du diaphragme, suivant toutes probabilités, il s'agit d'une pachypleurite exérieure symptomatique d'un épaisissement cortical.

Nous pouvons affirmer à cette donnée que les pleurésies séro-fibreuses laissent derrière elles souvent et à distance très éloignée des vestiges basilaires et apexiens, et que regardant avec attention dans ces cas, on note souvent l'existence d'obscurité ou de voile du sommet ou de diminution dans la hauteur de celui-ci.

La durée moyenne de la persistance des séquelles, dans les pleurésies séro-fibrineuses, est certainement de plusieurs mois et même d'une année. Il faut compter parfois plus longtemps avec le résidu pathologique de ces affections : Péhu et Daguet possèdent des observations de pleurésies avec épanchement dans lesquelles les symptômes initiaux remontaient à 5, 10 ans et même davantage; deux figures très caractéristiques de symphyse généralisée concernaient des militaires chez qui la phase aïgue remontait, l'une à 25 ans, l'autre à 20 ans.

OBSERVATIONS

Observation I. — Bi..., 23 ans. Pleurésie gauche en 1921; ponction exploratrice.

Examiné en avril 1925. Base gauche : R —

s —

A la radioscopie : voile du sommet gauche qui s'éclaire peu; diminution de la transparence au tiers inférieur du poumon gauche et du sinus.

Observation II. — Vi..., 25 ans. En 1921, pleurésie gauche; thoracentèse.

En avril 1925. Base gauche : r —

s —

A la radioscopie, cul-de-sac gauche bouché, diaphragme horizontal à gauche.

Observation III. — Pe.... En 1921, pleurésie droite; thoracentèse.

En avril 1925. Base droite : s —

R —

A la radioscopie, légère diminution de la transparence du champ pulmonaire droit — sinus droit voilé.

Observation IV. — Sé..., classe 1901. Pleurésie gauche en 1915. Thoracentèse.

En juin 1925. Base gauche : R —
S —
quelques frottements

A la radioscopie, cul-de-sac gauche bouché; diaphragme peu mobile.

Observation V. — Ti..., 39 ans. Pleurésie droite en 1917. Thoracentèse.

En juin 1925. Base droite : r —
S —

A la radioscopie : sinus droit bouché; diaphragme peu mobile.

Observation VI. — Go..., 39 ans. Pleurésie gauche en 1915. Thoracentèse.

En juin 1925. Base gauche : matité
respiration nulle

A la radioscopie : sinus gauche opaque.

Examen de crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation VII. — De..., 25 ans. Pleurésie gauche en 1921. Thoracentèse.

En juillet 1925. Base gauche : matité
respiration très faible

A la radioscopie : voile du poumon gauche à la base, diaphragme immobile.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation VIII. — Pl..., classe 1923.

Pleurésie gauche en 1923. Thoracentèse.

En juillet 1925. Base gauche : R —
S —

A la radioscopie : voile de la base gauche; diaphragme indistinct.

Observation IX. — Ha..., classe 1919.

En 1919, pleurésie gauche. Thoracentèse.

En septembre 1925. Base gauche : R —
S —

A la radioscopie : voile dans la moitié inférieure du poumon.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation X. — Bo..., 40 ans.

Pleurésie droite en 1915; ponction exploratrice.

En oct. 1925. Côté droit : rétraction de 3 centimètres.
A la base : respiration diminuée
matité

A la radioscopie, les trois quarts du poumon droit sont complètement opaques; le sommet s'éclaire.

Observation XI. — Mo..., classe 1922. Pleurésie droite. Thoracentèse.

En oct. 1925. Sommet droit : R — Base droite : r —
S — S —
V —

A la radioscopie : voile marqué du sommet droit et mauvais éclairage.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XII. — Lo.... Pleurésie droite en 1919; sept thoracentèses.

En juin 1922 : Matité; respiration très faible à la base droite; rétraction de l'hémithorax droit (2 centimètres).

Etat général bon.

Observation XIII. — Ch.... Pleurésie droite en 1916.

En juillet 1922, respiration faible au sommet droit; à la base droite : R — s —

A la radioscopie : sommet droit obscur; voile sur toute l'étendue de la plage droite, diaphragme droit aplati, sinus effacé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Etat général bon.

Observation XIV. — L..., 44 ans. Pleurésie gauche en 1918. Thoracentèse.

En 1922, base gauche mate, murmure nul; rétraction de 3 centimètres à gauche.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XV. — B..., classe 1919.

En 1919, pleurésie droite; thoracentèse.

En 1922, sous la clavicule, vibrations augmentées, respiration faible.

Base droite : matité, murmure très faible.

Observation XVI. — Co..., 26 ans. Pleurésie gauche en 1918; thoracentèse.

En janvier 1925 :

Base gauche : sonorité diminuée, respiration faible.

Sommet gauche : respiration faible.

A la radioscopie : sommets clairs, champs clairs.

Sinus gauche comblé, diaphragme aplati à gauche.

Observation XVII. — Co..., 47 ans. Pleurésie gauche en 1915. Thoracentèse.

En février 1925. Base gauche : R —

s —

quelques frottements.

A la radioscopie : sinus gauche peu profond.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XVIII. — Gi..., classe 1917. En 1920, pleurésie gauche.

En février 1925, 6 centimètres de rétraction à gauche.

Base gauche : r —

s —

A la radioscopie : voile du sommet gauche dont l'illumination à la toux est un peu diminuée; diminution de la transparence de tout le champ gauche; sinus et diaphragme invisible à gauche.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XIX. — Te..., 34 ans.

Pleurésie gauche en 1915; deux thoracentèses.

En mars 1925. Base gauche : r —

s —

A la radioscopie : sinus gauche opaque.

Observation XX. — H..., 46 ans.

Pleurésie droite en 1915. Thoracentèse.

En avril 1923. Base droite s —

r —; frottements.

A la radioscopie, mobilité du diaphragme diminuée à droite.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXI. — J..., classe 1911.

En novembre 1917, pleurésie droite, ponction exploratrice.

En mai 1923, à la base droite, matité, respiration presque nulle.

A la radioscopie : sinus droit comblé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXII. — J..., classe 1923. Pleurésie gauche en 1922.

En juin 1923, au sommet gauche, respiration diminuée; à la base gauche, sonorité, respiration : rétraction 3 centimètres.

A la radioscopie, les sommets sont clairs; diminution de la transparence à la base gauche. Sinus gauche comblé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXIII. — Le..., 37 ans. Pleurésie gauche en 1917.

En juin 1923, à la base gauche : R —

et au sommet gauche : S —

Quatre centimètres de rétraction.

Examen des crachats, pas de bacilles de Koch.

Observation XXIV. — Cel..., classe 1921.

En 1922, pleurésie gauche, thoracentèse.

En août 1924. Base gauche : r —

s —

A la radioscopie : opacité de la base gauche.

Observation XXV. — D.., 32 ans. Pleurésie gauche en 1917.

En juillet 1924, rétraction de 4 centimètres à gauche.
A la base gauche : s —
r —; quelques frottements.
Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXVI. — O..., 28 ans. Pleurésie droite en 1917. Thoracentèse.
En août 1924; base droite : s —
r —

Observation XXVII. — N..., 32 ans. Pleurésie gauche en 1921. Thoracentèse.
En septembre 1924. Base gauche : R —
S —

Observation XXVIII. — Pr..., 24 ans. Pleurésie gauche en 1921; ponction exploratrice.
En septembre 1924. Base gauche : R —; S —.
Au sommet gauche : sonorité normale.
respiration rude.
A la radioscopie, sinus gauche voilé; léger voile du sommet gauche qui s'éclaire à la toux.

Observation XXIX. — G..., 40 ans. Pleurésie droite en 1916.
En novembre 1924, Base droite : r —
s —
A la radioscopie, sinus comblé; diaphragme moins mobile.

Observation XXX. — Pr..., classe 1919. Pleurésie droite en 1920; thoracentèse.

En juin 1923, à la base droite, matité, murmure très faible.

A la radioscopie : léger voile des sommets qui s'éclairent mal à la toux. Sinus droit peu profond et diaphragme moins mobile à droite.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXI. — R..., 27 ans. Pleurésie gauche en 1919.

En juin 1923, à la base gauche : matité, murmure vésiculaire nul. Deux centimètres de rétraction. — Au sommet gauche : respiration diminuée, sonorité moindre.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXII. — Dem..., 23 ans. Pleurésie gauche en 1921; thoracentèse.

En juin 1923, base gauche mate; respiration presque nulle; rétraction de trois centimètres.

A la radioscopie, les sommets s'éclairent bien.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXIII. — R..., 23 ans. Pleurésie gauche en 1921.

En juillet 1923, quatre centimètres de rétraction.

A la base gauche : r —

s —

A la radioscopie, les sommets s'éclairent bien.

Observation XXXIV. — B..., 25 ans. Pleurésie gauche en 1918; thoracentèse.

En août 1923, quatre centimètres de rétraction.
A la base gauche : R —
S —

Observation XXXV. — M..., 29 ans. Pleurésie droite en 1915; thoracentèse.

En août 1923, à la base gauche, matité.

Obscurité à la respiration dans toute la hauteur du poumon gauche.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXVI. — Po... Pleurésie gauche en 1920.

En août 1923, respiration diminuée dans toute la hauteur du poumon gauche; à la base gauche : matité.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXVII. — Ca... Pleurésie gauche en 1916, ponction exploratrice.

En octobre 1923, base gauche : R —; quelques frot-
S — tements.

Observation XXXVIII. — Lu..., 45 ans. Pleurésie droite en 1918; thoracentèse.

En janvier 1924, base droite : s —
r — quelques frottements dans l'aisselle droite.

Observation XXXIX. — L..., 28 ans. Pleurésie droite en 1916; thoracentèse.

En mai 1924, à la base droite, matité, diminution du murmure vésiculaire.

A la radioscopie, sinus droit voilé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXX. — Th..., 38 ans. En septembre 1915, pleurésie gauche, ponction exploratrice.

En novembre 1925 : cinq centimètres de rétraction à gauche; respiration diminuée dans tout le poumon gauche; submatité à la base.

Observation XXXXI. — Or..., 41 ans. Pleurésie gauche en 1915; thoracentèse.

En décembre 1925, rétraction de quatre centimètres à gauche.

A la base gauche : R —
S —

Observation XXXXII. — Ta..., classe 1924. Pleurésie droite en 1924, ponction exploratice.

En 1925, à la base droite, matité, respiration faible.

A la radioscopie, cul de sac bouché.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXXIII. — Bo..., 31 ans. Pleurésie droite en 1918.

En novembre 1923, base droite mate; murmure vésiculaire nul.

Observation XXXXIV. — Gi..., 27 ans. Pleurésie droite en 1918; thoracentèse.

En janvier 1926, à la base droite : R —
S —

A la radioscopie : cul de sac bouché, diaphragme horizontal.

Observation XXXXV. — Ch., 35 ans. Pleurésie droite en 1917; thoracentèse.

En avril 1926, sommet : r —

base droite : s —

A la radioscopie, voile du sommet droit qui s'éclaire à la toux, légère diminution de la transparence du champ droit; sinus droit comblé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XXXXVI. — Classe 1896. Pleurésie droite en 1925; thoracentèse.

En avril 1926, respiration faible au sommet droit, à la base droite, submatité, respiration faible.

A la radioscopie : sommet droit voilé s'éclairant mal; sinus droit peu profond.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Nous avons pu suivre à l'hospice St-Jacques un malade entré comme incurable pour sclérose en plaques, qui eut, en 1923, une pleurésie gauche; actuellement, en mai 1926, il présente de grosses séquelles.

Pr..., né en 1889. Fait en juillet 1923 une pleurésie gauche avec un épanchement abondant; on pratique deux thoracentèses, l'une de 800 grammes le 3 juillet 1923, l'autre de 500 gr. le 11 juillet 1923. La fièvre persiste longtemps aux environs de 38° jusque vers le 15 septembre 1923; si bien qu'on pense à une bacillose pulmonaire sous-jacente.

Le 11 octobre 1923, à l'examen, on trouve :

Poumon gauche, en avant : un peu de sonorité sous-

claviculaire. Léger murmure vésiculaire. Au-dessous, matité et silence.

En arrière : submatité et un peu de murmure vésiculaire dans le tiers supérieur du poumon. Au-dessous, matité et silence.

Ni frottements, ni râles. Le malade reprend du poids.

Le 5 novembre 1923 :

Submatité à gauche, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone; quelques vibrations.

Le 14 avril 1924 :

Le malade fait la veille une brusque ascension de 0° 39°, perte d'appétit. Matité de la base, abolition du murmure et des vibrations. Ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. La ponction, avec une longue aiguille, ramène, après traversée d'un tissu très épais et scléreux, un liquide louche à l'examen, renfermant des polynucléaires.

Le 16 avril 1924 : Chute de la température.

Le 11 mai 1926 :

A la radioscopie : diaphragme immobile à gauche, cul de sac bouché, léger voile du sommet, le parenchyme pulmonaire ne paraît pas trop atteint.

De ces malades, quelques-uns ont été examinés trois ou quatre ans seulement après leur pleurésie. Ils ne sont pas bacillaires au moment de l'examen, resteront-ils toujours indemnes de tuberculose pulmonaire ? Nous l'espérons, mais cependant le temps écoulé entre la pleurésie et la date de l'examen n'est pas encore très considérable. Nous craignons la bacillose pulmonaire surtout chez

ceux qui conservent encore des frottements pleuraux, dont l'examen radioscopique montre un voile du sommet s'éclairant mal à la toux, une diminution de transparence des poumons, un diaphragme immobile.

Dans les centres de réforme, ces anciens pleurétiques, avec séquelles bien marquées, doivent être considérés comme ayant une invalidité de 20, 25 et 30 %. Si leur situation s'aggrave dans l'avenir, ils ont le droit de faire une demande pour être examinés de nouveau et auront une pension plus élevée; s'ils deviennent bacillaires, ils auront la pension avec invalidité de 100 p. 100.

CHAPITRE IV

Les malades de notre troisième groupe ont présenté d'autres localisations de bacillose dans les mois ou les années qui ont suivi, localisations osseuses et ganglionnaires surtout.

Observation I. — M..., 24 ans.

Pleurésie droite en 1918.

Quelques mois plus tard, arthrite bacillaire de l'épaule gauche.

En avril 1923, sommet droit : V +
S —
r —
base droite : R —
S —

A la radioscopie : sommet droit obscur; opacité de tout le champ droit; sinus droit opaque, diaphragme immobile. A l'examen : limitation des mouvements de l'épaule gauche.

Observation II. — C..., 25 ans.

Pleurésie gauche en 1919; thoracentèses.

En 1921, abcès froid à la région xiphoïdienne; ouver-

ture à la peau, suppuration par fistules pendant plusieurs mois.

En avril 1923, reliquats à la base gauche : R —

S —

Rétraction de deux centimètres.

Cicatrices d'abcès froid dans la région xiphoïdienne.

Observation III. — S.., 31 ans.

Pleurésie gauche en 1917; thoracentèse.

En 1922, arthrite bacillaire non suppurée de l'épaule droite.

En avril 1924, séquelles minimes de pleurésie.

r —, s —.

A la radioscopie, sinus gauche obscur.

Examen des crachats : bacilles de Koch négatif.

Examen local : limitation des mouvements de l'épaule droite; atrophie du moignon de l'épaule.

Observation IV. — D..., 24 ans.

Pleurésie gauche en 1921; thoracentèse.

En 1922, tumeur blanche du genou gauche; amputation de la cuisse en juin 1922.

En mai 1924, à la base gauche : r —

s —

A la radioscopie, voile du sommet gauche qui s'éclaire à la toux; diaphragme moins mobile à gauche.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation V. — O..., 24 ans.

Pleurésie droite en 1922.

En 1924, tumeur blanche du pied gauche; amputation de la jambe gauche en avril 1924.

En juin 1924, pas de reliquats appréciables de pleurésie.

Observation VI. — F..., 25 ans.
Pleurésie droite en janvier 1921; thoracentèse.
En mai 1922, mal de Pott dorso-lombaire.
En juin 1924, mal de Pott dorso-lombaire.
Mal de Pott avec gibbosité.

Observation VII. — D..., 38 ans.
En 1915, pleurésie droite; thoracentèse.
En 1922, abcès froid costal.
En 1923, arthrite bacillaire du coude droit.
En juillet 1924, reliquats de pleurésie à la base droite; matité, murmure vésiculaire nul.

Observation VIII. — S.., classe 1913.
En 1917, pleurésie gauche, thoracentèse.
A la fin de 1917, mal de Pott dorso-lombaire.
En juillet 1924, pas de reliquats de pleurésie.
Mal de Pott bien guéri sans déformation ni paraplégie.

Observation IX. — F..., 31 ans.
En 1915, pleurésie droite, thoracentèse.
En 1924, r —, s —;
Adénite bacillaire cervicale et axillaire.

Observation X. — M..., 25 ans.
En 1919, pleurésie droite; thoracentèse.
En 1920, arthrite de l'épaule droite.
En octobre 1924, côté droit, rétraction de deux centimètres; à la base droite, respiration nulle, matité.
Limitation des mouvements de l'épaule droite.

Observation XI. — Me..., 26 ans.

En 1920, pleurésie gauche; cinq thoracentèses.

En 1921, adénite cervicale suppurée.

En 1922, ostéite costale gauche.

En novembre 1924, cicatrices d'adénite et d'abcès froid costal.

A la base gauche : R —

S —

A la radioscopie, sinus gauche comblé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation XII. — S.., 29 ans.

En 1920, pleurésie droite; thoracentèse.

En 1922, synovite bacillaire des tendons du poignet droit.

En 1924, abcès froid de l'avant-bras droit (quatre ponctions).

En septembre 1924, reliquats de pleurésie.

A la base droite : matité, respiration diminuée.

Observation XIII. — H..,, 28 ans.

En 1919, pleurésie gauche; thoracentèse.

En 1921, tuberculose du testicule gauche; ablation du testicule.

En septembre 1925, à la base gauche : R —

S —

Observation XIV. — T..., classe 1911.

Pleurésie droite en 1915, ponction exploratrice.

En 1916, arthrite du genou droit, résection du genou droit.

Pas de séquelles cliniques de pleurésie.

A la radioscopie : sommets clairs, sinus droit voilé.

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. Lerat, une malade atteinte d'arthrite bacillaire du coude, qui avait eu une pleurésie en 1922.

S. Pr., 19 ans.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux n'offrent rien de particulier. Son père est mort d'accident; sa mère est bien portante, elle a un frère et trois sœurs en bonne santé.

Depuis son enfance, elle a eu la rougeole, la coqueluche. A l'âge de 16 ans, elle fait une pleurésie droite avec épanchement; une thoracentèse est jugée nécessaire; la malade reste alitée pendant un mois, la maladie suit son cours normal avec un peu de température le soir, 37°8 et 38°. Deux mois de convalescence à la campagne achèvent de rétablir la jeune fille qui s'estime complètement guérie.

La santé est bonne jusqu'en 1925 où elle commence à éprouver, au niveau du coude droit, des douleurs sourdes, intermittentes et sans horaire défini. Au début, elle ne s'en inquiète pas, mais devant la persistance du mal, elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle 21, où nous l'avons examinée, le 21 mars 1926.

L'examen du poumon ne décèle que de la submatité à la base droite, le murmure vésiculaire s'entend.

A la radioscopie, on note un diaphragme droit moins

mobile; le poumon s'éclaire bien à la toux, le parenchyme pulmonaire est normal.

A l'examen du coude, on trouve un point douloureux à la pression au niveau de l'olécrâne, une légère diminution des mouvements de flexion.

La radiographie décèle simplement un flou articulaire.

Ces faits de localisations multiples de bacillose peu de temps après un épanchement pleural viendraient encore apporter un argument à la théorie de Landouzy, si celle-ci n'était reconnue depuis longtemps comme très exacte et indiscutablement admise.

CHAPITRE V

D'autres sont enfin devenus des tuberculeux pulmonaires. Dans quelle proportion ? C'est ce que certaines statistiques que nous avons recueillies vont nous apprendre.

Observation I. — M. B..., né en 1894.

En 1916, pleurésie droite avec épanchement.

En 1922, au sommet droit, sous la clavicule, respiration faible, légère submatité; pas de bruits surajoutés; la base droite respire bien.

En 1925, nous avons su qu'il était mort de phtisie aiguë.

Observation II. — L..., classe 1904.

Pleurésie gauche en 1917. Bacillaire en 1921.

En 1922, tuberculose pleuro-pulmonaire gauche.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch le jour de l'examen.

Observation III. — B...

En 1918, pleurésie droite, thoracentèse.

En septembre 1922, tuberculose du sommet droit.

Examen des crachats positif.

Observation IV. — A..., 49 ans.

Pleurésie droite en 1915; thoracentèse.

En mai 1923, signes cavitaires au sommet droit.

A la radioscopie, spelunqué sous la clavicule droite, sinus droit comblé.

Examen des crachats : positif.

Observation V. — M.., 28 ans.

Pleurésie droite en 1919. Est bacillaire en 1922. Tuberculose pulmonaire bilatérale cliniquement et radioscopiquement.

Examen des crachats négatif le jour de l'examen.

Observation VI. — Sa..., 29 ans.

Pleurésie droite en 1917, trois thoracentèses.

En 1923, est bacillaire.

Tuberculose bilatérale, surtout marquée à droite.

Examen des crachats : positif.

Observation VII. — Me..., classe 1898.

En 1916, pleurésie droite; thoracentèse.

En 1920, était bacillaire, portait une lésion au sommet gauche.

Au sommet gauche, matité, respiration soufflante.

A la radioscopie, obscurité du poumon gauche qui s'éclaire mal; obscurité du tiers supérieur du champ gauche; diaphragme festonné à droite.

Examen des crachats : négatif.

Observation VIII. — Gr..., 30 ans.

Pleurésie gauche en 1915, ponction exploratrice.

En 1924, bacilles dans les crachats.

En mai 1925, tuberculose pulmonaire du sommet gauche.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Observation IX. — Ch..., classe 1921.

Pleurésie gauche en 1923; ponction exploratrice.

En juin 1925, bacillose pulmonaire gauche à l'examen clinique et radioscopique.

Examen des crachats : bacilles de Koch.

Observation X. — L.., classe 1916.

En juillet 1923, pleurésie gauche; thoracentèse.

En juin 1924, base gauche : R —

S —

Au sommet droit : signes cavitaires.

A la radioscopie, spelunque dans le champ droit; sinus gauche comblé.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch le jour de l'examen.

Observation XI. — D..., 27 ans.

Pleurésie droite en 1918, ponction exploratrice.

En août 1923, tuberculose pulmonaire droite.

Examen des crachats : positif.

Observation XII. — A.., 31 ans.

Pleurésie gauche en 1915; sept thoracentèses.

En octobre 1924, au sommet gauche : submatité, respiration soufflante.

A la radioscopie, voile du sommet gauche qui ne s'éclaire pas.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.
Etat général déficient. Fièvre le soir.

Observation XIII. — Gr..., classe 1920.
En 1920, pleurésie gauche; thorancentèse.
Bonne santé jusqu'en janvier 1924.
En novembre 1924, tuberculose pulmonaire au sommet droit.
A la radioscopie, spelunque à droite; sinus gauche opaque.
Examen des crachats : positif.

Observation XIV. — E..., classe 1895.
En 1916, pleurésie gauche.
En décembre 1924, tuberculose du poumon gauche cliniquement et radioscopiquement.

Observation XV. — Mar..., 29 ans.
Pleurésie droite en 1918.
En juin 1923, au sommet droit, respiration soufflante, retentissement de la voix et de la toux.
Examen des crachats : positif.

Observation XVI. — Mo..., 27 ans.
En 1919, pleurésie droite.
En juin 1923, au sommet droit, respiration faible.
Au sommet gauche : craquement humides.
Examen des crachats : positif.

Observation XVII. — Ch..., 25 ans.
En 1920, pleurésie gauche.
En juillet 1923, tuberculose pulmonaire bilatérale.
Examen des crachats : positif.

Observation XVIII. — Co..., 44 ans.

Pleurésie gauche en 1919; thoracentèse.

En 1922, est bacillaire.

Au sommet gauche : matité, respiration très diminuée, craquements secs.

A la base gauche : r —

s —

Examen des crachats : positif.

Observation XIX. — G..., 25 ans.

Pleurésie gauche en 1920.

En mai 1924, tuberculose pulmonaire gauche.

Examen des crachats : positif.

Observation XX. — Vi..., 34 ans.

Pleurésie droite en 1919.

En octobre 1923, tuberculose pulmonaire.

Examen des crachats : positif.

Observation XXI. — S..., 30 ans.

Pleurésie gauche en 1917; thoracentèse.

En février 1926, tuberculose pulmonaire bilatérale.

Examen des crachats : positif.

Observation XXII. — G..., 29 ans.

Père mort de tuberculose pulmonaire; mère bien portante. A fait son service dans l'infanterie coloniale. Contracte le paludisme au Maroc. Fait la guerre 1914-1918 dans l'infanterie.

En 1923, fait une pleurésie droite; va ensuite en convalescence à la campagne. Puis il reprend son travail et,

en avril 1924, part à Paris où il est mal logé, mal nourri.

En septembre 1924, il revient à Nantes, c'est un phtisique.

Tuberculose pulmonaire bilatérale avec prédominance des lésions à gauche. Tuberculose laryngée, fièvre, amaigrissement. Il meut en janvier 1925.

CHAPITRE VI

La proportion des anciens pleurétiques qui deviennent tuberculeux est assez variable suivant les statistiques.

Littman admet une proportion de 58 %; Netter et Froebenius une proportion de 20 %.

D'après le Dr Mayor qui a suivi des anciens pleurétiques, dans une période variant de trois mois à vingt quatre ans, la plupart sont devenus des tuberculeux pulmonaires.

Friedler, en 10 ans, a vu 82 % des pleurétiques ponctionnés par lui à l'hôpital de Dresde, devenir tuberculeux.

Sur 112 cas, il a eu :

21 guérisons.
25 tuberculoses pulmonaires immédiates.
66 tuberculoses ultérieures.

Barrs s'est préoccupé du sort des malades traités dans une infirmerie de Leeds, de 1880 à 1884. Sur 62 pleurétiques, 22 sont morts au bout de six ans de lésions notoirement bacillaires, soit une proportion de 40 %.

Thuc, de Christiania, a trouvé qu'au bout d'un temps

variant de un à quatre ans, 17 pleurétiques sur 34, soit une moyenne de 50 %, étaient devenus tuberculeux.

Kelsch et Vaillard signalent la grande fréquence de la bacillose chez les militaires soignés pour des pleurésies séro fibrineuses.

Lemoine observe, dans son service à l'hôpital militaire, 32 sujets atteints de pleurésie séro fibrineuse; 15 de ces malades sont devenus tuberculeux; 6 présentaient, au moment de leur sortie, des signes suspects au sommet. La proportion des cas de bacillose est donc de 72 % et cela moins de 6 mois après le début de la pleurésie.

Le Dr Salanoue Pin s'est enquis de ce que sont devenus 320 malades des équipages de la flotte sortis de l'hôpital maritime de Brest de 1878 à 1889. Il a trouvé que 31 % des anciens pleurétiques ont contracté une tuberculose à laquelle ils ont succombé.

Ces sujets sont soignés dans les hôpitaux : on peut se demander si la bacillose est aussi fréquente en campagne. Voici des statistiques recueillies dans ces milieux :

Ricochon a soigné en treize ans 21 malades ayant eu une pleurésie séro fibrineuse. Ces 21 sont tous devenus tuberculeux : 11 ont succombé à la bacillose pulmonaire; les 10 autres en présentaient des signes certains (3 tuberculoses pulmonaires; 3 tuberculoses des synoviales ou des gaines tendineuses, un abcès froid, une péritonite, un était très probablement tuberculeux) l'autre n'était pas tuberculeux, mais avait eu des enfants tuberculeux :

La statistique de Boddvitch, en 1889, porte sur des

malades qui ont été soignés par son père et suivis de 1849 à 1879 pour pleurésie avec épanchement.

Dans la première période décennale; sur 30 malades, 12 sont morts de lésions bacillaires, soit 43 %. Dans la deuxième période décennale, sur 24 malades, 9 sont bacillaires pulmonaires, soit 47 %; dans la troisième période décennale, sur 41 malades, 9 sont devenus tuberculeux, soit une moyenne de 27 %.

Le temps écoulé pour les sujets de la troisième période est trop faible pour que la bacillose se soit manifestée chez tous les sujets destinés à en être atteints.

Bocher, à Jaeperspris (Danemark), a obtenu des renseignements sur le sort ultérieur de 44 sujets ayant eu une pleurésie en apparence primitive : 32, soit une proportion de 73 %, étaient devenus tuberculeux, 12 ne présentaient pas de signes de bacillose après plusieurs années.

Lanne, sur 50 pleurétiques, trouve que :

10 étaient réformés pour bacillose pulmonaire;
5 sont morts de bacillose;
6 sont devenus tuberculeux;
10 sont morts avec des sommets douteux.
18 paraissent bien guéris.

Le Dr Brelet, sur 140 anciens pleurétiques examinés par lui au centre de réforme de Nantes, de 1922 à 1926, trouve que 59 sont guéris sans reliquats;

45 sont guéris avec reliquats;
14 ont des localisations bacillaires diverses.
22 sont devenus tuberculeux pulmonaires.

Cette dernière statistique donne un pourcentage de tuberculeux moindre que les autres (15,7 %). Mais nous en trouvons deux explications. C'est d'abord que certains malades ont été examinés deux, trois ans après leur maladie ; comme nous l'avons fait remarquer, quelques-uns de ceux qui aujourd'hui ne sont pas tuberculeux peuvent le devenir demain. La seconde raison est qu'il s'agit de sujets jeunes, vigoureux avant leur pleurésie, puisqu'il s'agit de soldats ; leur baciliose pleurale est pour ainsi dire accidentelle, provoquée par les fatigues de la guerre, le refroidissement dans les tranchées. La guerre finie, ils sont pour la plupart retournés aux travaux des champs, en Loire-Inférieure et en Vendée. Ils ont donc eu ainsi, de par leur profession, les avantages de la cure d'air. Notons encore que quelques malades du 2e groupe, atteints de grosses séquelles et ayant des frottements pleuraux, pourraient, pour quelques auteurs, être considérés comme des bacillaires. Si on en tenait compte, cette statistique se rapprocherait de celle de Salanoue Ipin.

Tous ces chiffres montrent que l'avenir des pleurétiques est assez incertain. Certains pleurétiques, pour tuberculisés qu'ils aient été, peuvent, eux et leur entourage, fournir une longue carrière de santé sans que la tuberculose réapparaisse dans leur famille.

Par contre, nombre d'anciens pleurétiques font à nouveau de la tuberculose des mois et des années après leur pleurésie. Quelles en sont les raisons ?

Pour s'en rendre compte, il faut avoir suivi l'ancien pleurétique pendant et après sa maladie.

D'après Böcher, l'abondance de l'épanchement et la durée de la pleurésie ne paraissent pas avoir d'influence sur l'évolution de la maladie.

Par contre, Micheleau ne juge la thoracentèse nécessaire que dans quelques cas. Il dit que la ponction enlève au malade des anticorps de quantité et de qualité difficiles à préciser, mais dont les notions actuelles sur l'immunité permettent de prévoir l'utilité non seulement immédiate pour hâter sa guérison, mais peut être plus éloignée pour l'empêcher de devenir tuberculeux.

Sans apporter de statistiques définitives, l'auteur se croit en droit d'affirmer que les pleurétiques ponctionnés deviennent tuberculeux plus vite et dans une proportion plus grande que les pleurétiques non ponctionnés.

L'hygiène joue un rôle très important dans l'avenir des pleurétiques : les convalescents ont besoin d'être mis à l'abri de toute contamination et de toute réinfection; la vie à la campagne leur sera beaucoup plus favorable que la vie urbaine : voir, à ce propos, l'observation de cet ancien colonial qui part à Paris et devient phtisique.

Le médecin, appelé à donner son opinion sur le sort d'anciens pleurétiques, devra faire une étude approfondie de chaque cas.

La question du mariage est assez délicate, car l'avenir de la race est ici en jeu : moins sévère pour un jeune homme, nous ferons plus de réserves pour une jeune fille désirant connaître les joies de la maternité, à cause de l'influence néfaste de la grossesse.

S'agit-il de contracter une assurance sur la vie ? Le

médecin acceptera la demande s'il a affaire à un sujet dont la pleurésie est de date ancienne et chez qui toute trace de bacillose a disparu : en pareilles circonstances, les compagnies d'assurances font preuve d'une extrême prudence.

Au point de vue militaire :

Voici ce que dit M. Sergent :

« Les hommes suspects devraient être soumis, après un premier triage, à l'examen de médecins notoirement compétents. Ils pourraient être mis en observation dans des hôpitaux spéciaux ».

M. Brelet propose la conclusion suivante :

Au Conseil de revision, on doit exempter du service militaire tous les jeunes gens qui ont eu une pleurésie séro fibrineuse, lorsqu'ils apportent un certificat médical bien rédigé. En temps de guerre, on peut et on doit récupérer, en procédant à la revision des anciens exemptés, ceux qui ne présentent plus aucun signe de tuberculose pour deux raisons : d'abord on examine des hommes de trente à trente cinq ans dont la pleurésie est ancienne; ensuite on a besoin, en temps de guerre, de beaucoup d'hommes pour le service armé et le service auxiliaire.

CONCLUSIONS

Dans la très grande majorité des cas, la pleurésie aigue séro-fibrineuse est une tuberculose pleurale.

Cette tuberculose pleurale guérit avec ou sans reliquats, tout comme une tuberculose ostéo articulaire ou ganglionnaire, elle peut n'être suivie d'aucune localisation du bacille de Koch.

Mais il est quelques anciens pleurétiques qui sont plus sérieusement touchés par le bacille de Koch et qui présentent, en l'espace de quelques mois, plusieurs atteintes bacillaires : plèvre, ganglions, articulations.

Ce qui est plus grave encore, c'est qu'un certain nombre d'anciens pleurétiques deviennent, quelques années après leur pleurésie, des tuberculeux pulmonaires. Dans quelle proportion les anciens pleurétiques deviennent-ils phtisiques ? Il est très difficile de le dire. Les statistiques donnent des chiffres très variables avec un pourcentage allant de 30 à 80 %.

Nous croyons qu'il ne faut pas être trop pessimiste; le pourcentage de 25 à 30 pour cent nous paraît devoir être retenu pour avoir une opinion exacte sur le pronostic

lointain des pleurésies, qui doit être réservé sans être trop sombre.

Ces notions sur l'avenir des pleurétiques sont utiles pour guider l'ancien pleurétique dans son hygiène, son genre de vie, le choix de sa profession. Elles sont aussi d'une grande importance quand il s'agit d'examiner des anciens pleurétiques au conseil de révision, de donner un conseil à propos d'un mariage, de prendre une décision quand un ancien pleurétique demande à contracter une assurance sur la vie.

Vu : Le Doyen,

ROGER.

Vu : Le Président de Thèse,

EMILE SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,

P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

BARBIER. — **Contribution à l'étude des symphyses pleurales** (thèse de Lyon, 1er mai 1919).

BARRS. — **Remarks on the tuberculous nature of the socalled simple pleuritic effusion** (Bristish médical Journal 1890, 10 mai).

BERGÉ. — **Traité de médecine.** T. III.

BERGERET. — **Thèse de Lyon,** 1920.

BEZANÇON et GRIFFON. — **Constatation du bacille tuberculeux dans l'épanchement séro fibrineux de la pleurésie franche par la culture directe sur le sang gélosé.** (Soc. méd. des Hôp., 24 mars 1899).

BEZANÇON et DE JONG. — **Pathologie médicale.** 1923. T. II. Art. Pleurésies.

BODDRITCH. — **Comparative resulto inninety cas of pleurésy-with special reference to the development of phtisio pulmonaris.** Médical News, 1889. LV.

BRELET. — **L'avenir des pleurétiques.** Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1924, n° 11. L'avenir des pleurétiques (2e note). Bull. de la Société méd. des Hôp. de Paris, 1925, n° 2. Les anciens pleurétiques devant les conseils de revision. Communication au IIIe Congrès international des médecins et des pharm. militaires. Paris, avril 1925.

CHAUFFARD et GOMBAULT. — **Etude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine.** (Soc. méd. des Hôp., 9 avril 1886).

COURCOUX. — **Tub. pleurale.** Traité de path. méd. et de thérap. appliqués. T XVIII. Paris, 1921.
Art. Pleur., même traité. T. III.

DIEULAFOY. — **Traité de pathologie médicale.**

FERNET et d'HEILLY. — **Art. pleur.** Dict. de méd. et de chir. pratique. 1880.

FIEDLER — **Ueber der punction des pleuralöhle und del Herzbentals Waltman's.** Beitrage.

GRISOLLE. — **Traité de pathologie.**

HARVIER et PINARD. — **Art. Pleur.** Nouveau traité de médecine, fasc. XII. Paris, 1923.

HINAULT. — Thèse de Lyon, 30 juin 1919.

JOANNY. — **Le pronostic éloigné de la pleurésie** (thèse de Paris, 1881).

KELSCH et VAILLARD. — **Recherches sur les lésions anatomo pathologiques et la nature de la pleurésie.** (Arch. de phys. normale, août 1886).

LABY. — Thèse de Lyon, 1920.

LANDOUZY. — Progrès médical, 1882. Gazette des hôpitaux, 1883. 1884. Revue de médecine, 1886.

LANDOUZY et LABBÉ. — **Art. Pleurésies.** Traité de médecine et de thérapeutique. T. VIII. Paris, 1901.

LANNE. — Thèse de Lyon, 1893.

LE DAMANY. — **Recherches sur les pleurésies séro fibrineuses primitives et secondaires.** (Thèse, Paris, 1897).

LEMOINE. — **Contribution à l'étude de la pleurésie séro fibrineuse.** (Soc. médicale des Hôpitaux, 22 mars, 1895).

MAYOR. — Thèse de Paris, 1886-1887.

MICHELEAU. — Presse méd. 16 juin 1923 et Soc. méd. et de chirurgie de Bordeaux, 4 mai 1293.

NETTER. — **Art. Pleurésies.** Traité de médecine, t. VII, 1901, et **recherches expérimentales sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses.** (Soc. méd. des Hôp., 17 avril 1891).

PÉHU et DAGUET. — **Séquelles lointaines des épanchements pleuraux.** (Annales de Médecine, 1917, p. 428).

PERON. — **Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre.** (Thèse de Paris, 1896).

RICOCHON. — **Pleurésie et tuberculose.** Etude de la tuberculose. 1887.

SALANOUE Pin. — **Pronostic éloigné des pleurésies séro fibrineuses.** Arch. méd. 1900.

SERGENT. — **La tuberculose et la guerre.** Etudes cliniques sur la tuberculose. Paris, 1920.

WIDAL. — **Dict. encyclop. des soc. méd.** 2 série. T. XXV. Art. Pleurésies.